



CHILDREN'S ADMINISTRATION PLACEMENT AND LICENSED CARE

(См. подробные инструкции на карточке отпечатков пальцев)

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОВЕРКИ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ

BACKGROUND AUTHORIZATION

Указания по заполнению данной формы приведены на обратной стороне.

**Пожалуйста, заполняйте разборчиво печатными буквами и используйте
ЧЕРНЫЕ ЧЕРНИЛА.**

- Уход в приемной семье Уход за детьми, осуществляется сотрудником учреждения или организации по размещению детей
 Усыновление/удочерение Размещение детей у родственника, осуществляется Отделом обслуживания детей и семей (DCFS)

РАЗДЕЛ 1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО СОТРУДНИКАМИ ОРГАНИЗАЦИИ) (SECTION 1. AGENCY INFORMATION (COMPLETED BY AGENCY STAFF ONLY))

1. ИМЯ, МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ И ЗАЩИЩЕННЫЙ ФАКС ОТДЕЛА DSHS, ПО КОТОРОМУ СЛЕДУЕТ ОТПРАВИТЬ ДАННУЮ ФОРМУ	2. НАЗВАНИЕ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ ИЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ПО РАЗМЕЩЕНИЮ ДЕТЕЙ
	2.А. НАЗВАНИЕ И АДРЕС ДОМА, ГДЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ УХОД
	2.В. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТНИКА ОТДЕЛА DSHS ИЛИ РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР ОРГАНИЗАЦИИ
3. НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ПУНКТА 2 (УКАЖИТЕ МЕЖДУГОРОДНЫЙ КОД) ()	4. НОМЕР ФАКСА ДЛЯ ПУНКТА 2 (УКАЖИТЕ МЕЖДУГОРОДНЫЙ КОД) ()

РАЗДЕЛ 2. ВСЕ ПУНКТЫ ЗАПОЛНЯЮТСЯ ЗАЯВИТЕЛЕМ (ПРОВЕРЯЕМЫМ ЛИЦОМ)

5. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)	6. ДАТА РОЖДЕНИЯ	7. ПОЛ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	8. РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)
ИМЯ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ			
9. ФАМИЛИЯ	12. ИМЯ, ДАННОЕ ПРИ РОЖДЕНИИ	ФАМИЛИЯ	ИМЯ
10. ИМЯ	13. ДРУГАЯ ФАМИЛИЯ(И) В БРАКЕ (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЕТ, УКАЖИТЕ «НЕТ»)		
11. ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЕТ, УКАЖИТЕ «НЕТ»)	14. ПРОЗВИЩЕ(А)/ДРУГОЕ ИМЯ(ИМЕНА) (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЕТ, УКАЖИТЕ «НЕТ»)		

15. Имеете ли вы судимости или обвинения в совершении какого-либо преступления, которые находятся в стадии рассмотрения?
Если да, укажите совершенное вами преступление, дату вынесения обвинительного приговора или статус обвинения и штат, в котором это произошло.
16. Признались ли вы виновным в совершении сексуального или физического насилия, невыполнении обязательств, оставлении и эксплуатации ребенка или взрослого?
Если да, укажите название суда, управления лицензирования штата, дисциплинарного комитета или опишите дело об иждивенцах, подробности приговора, и название штата, где он был вынесен
17. Были ли случаи, когда вам было отказано в заключении договора или предоставлении лицензии на уход за детьми или взрослыми, либо такой договор или лицензия были аннулированы, отозваны или приостановлены?
Если да, укажите дату, тип договора/лицензии, название организации, заключившей с вами договор или выдавшей лицензию, и штат, где это произошло.
18. Выносил ли когда-либо суд охранный приказ против вас в связи с жестоким обращением, невыполнением обязательств, финансовой эксплуатацией, насилием в семье или оставлением иждивенца? Если да, укажите дату вынесения такого приказа, суд, вынесший его, и штат, где это произошло.

19. НОМЕР ВОДИТЕЛЬСКОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ ИЛИ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ШТАТА (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЕТ, УКАЖИТЕ «НЕТ»)	20. УКАЖИТЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕТ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОЖИВАНИЯ В ШТАТЕ ВАШИНГТОН ЛЕТ: _____ МЕСЯЦЕВ: _____ <input type="checkbox"/> СДЕЛАЙТЕ ОТМЕТКУ, ЕСЛИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ТРИ ГОДА ВЫ СДАВАЛИ ОТПЕЧАТКИ ПАЛЬЦЕВ ДЕПАРТАМЕНТУ DSHS
---	---

21. Я понимаю, что я подписываю данное соглашение, зная об ответственности за предоставление ложных сведений. Сведения, приведенные выше, являются, насколько мне известно, достоверными и полными. Я понимаю, что предоставление любых ложных или намеренно вводящих в заблуждение сведений или намеренное скрытие фактов может привести к немедленному лишению статуса поставщика услуг или работника по уходу, владельца лицензии по уходу, подрядчика и/или лица, имеющего право на уход за беззащитными взрослыми или детьми. Настоящим документом я разрешаю департаменту DSHS провести проверку моей биографической информации, включая, но не ограничиваясь информацией о судимостях, лицензиях, услугах по защите детей и взрослых, документах о профессиональных лицензиях, имеющихся у любых правоохранительных органов, в любом федеральном учреждении или учреждении штата, а также в учреждениях других штатов и в ФБР. Настоящим департаментом DSHS получает право предоставить результаты данной проверки и любых предыдущих проверок биографической информации, осуществленных департаментом DSHS, организации, учреждению, юридическому или физическому лицу, указанному выше.
22. ПОДПИСЬ ЛИЦА, БИОГРАФИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ КОТОРОГО ПРОВЕРЯЕТСЯ, ИЛИ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА
23. ДАТА (С МОМЕНТА УКАЗЫВАЕМОЙ ДАТЫ ДОЛЖНО ПРОЙТИ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ)

24. ПРЕДЫДУЩИЙ АДРЕС (УЛИЦА, ДОМ/КВАРТИРА)	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ОКРУГ
--	-------	------	-----------------	-------

CAMIS files checked by _____ on date _____ with the following results:

DSHS Background Check
Central Unit
PO Box 45025
Olympia, WA 98504-5025
(360) 902-0299
ФАКС (360) 902-0292

УКАЗАНИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ РАЗРЕШЕНИЯ

Данная форма будет возвращена вам, если какая-то информация, необходимая для проведения биографической проверки, не будет указана или будет указана неразборчиво.

Карточка отпечатков пальцев необходима тем заявителям, которые не проживали в штате Вашингтон непрерывно в течение последних трех (3) лет. Для получения карточки отпечатков пальцев обратитесь в отдел департамента DSHS, указанный в Пункте 1 Раздела 1.

Карточка отпечатков пальцев не требуется, если заявитель проходил проверку отпечатков пальцев департамента DSHS в течение последних трех (3) лет и с момента последней проверки отпечатков пальцев постоянно проживал на территории данного штата. Пожалуйста, укажите данные сведения в пункте 20 раздела 2. Для завершения данной биографической проверки департамент DSHS воспользуется результатами предыдущих проверок.

В случае подачи запроса о проведении проверки биографических данных с использованием отпечатков пальцев форма разрешения на проведение проверки биографических данных и карточка отпечатков пальцев должны быть отправлены по почте. Не отправляйте форму разрешения на проведение проверки биографических данных отдельно по факсу.

РАЗДЕЛ 1:

Заполняется сотрудниками департамента DSHS, учреждения или организации по размещению детей.

1. Обязательно. Название местоположения должно совпадать с названием местоположения, предоставленным Управлением по делам детей организации BCCU.
 2. Заполняется сотрудниками учреждения или организации по размещению детей. Обязательно.
 - A. Заполняется сотрудниками департамента DSHS. Обязательно.
 - B. Заполняется сотрудниками департамента DSHS, учреждения или организации по размещению детей.
- Идентификационный номер указывается обязательно.**
- Сотрудник департамента DSHS должен использовать идентификационный номер CAMIS для входа в систему. Это требование также касается адреса электронной почты, указанного в программе Outlook. Например: RMAJ300. Сотрудники учреждения или организации по размещению детей используют регистрационный номер своей организации.
3. Обязательно.
 4. Обязательно.

РАЗДЕЛ 2:

Заполняется заявителем (лицом, биографическая информация которого будет проверяться).

5. Необязательно.
6. Обязательно.
7. Обязательно.
8. Необязательно.
9. Обязательно. Необходимо указать «НЕТ», если отсутствует,
10. Обязательно. Необходимо указать «НЕТ», если отсутствует,
11. Обязательно. Необходимо указать «НЕТ», если отсутствует,
12. Обязательно. Необходимо указать полное имя, данное при рождении. Если соответствует имени, указанному в пунктах № 9 - № 11, следует указать «ТО ЖЕ».
13. Обязательно. Необходимо перечислить все использовавшиеся фамилии в браке (для мужчин и женщин); необходимо указать «НЕТ», если отсутствует.
14. Обязательно. Необходимо перечислить все использовавшиеся прозвища (для мужчин и женщин); необходимо указать «НЕТ», если отсутствует.
15. Обязательно.
16. Обязательно.
17. Обязательно.
18. Обязательно.
19. Обязательно. Необходимо указать номер водительского удостоверения или идентификационный номер штата, необходимо указать «НЕТ», если отсутствует.
20. Обязательно. Укажите количество лет и/или месяцев непрерывного проживания в штате Вашингтон. Сделайте отметку в имеющейся ячейке, если вы проходили проверку отпечатков пальцев департамента DSHS в течение последних трех лет.
21. Ознакомьтесь, прежде чем переходить к пункту 22.
22. Требуется подпись заявителя или родителя/опекуна, если заявитель младше 18 лет.
23. Обязательно. Центральный отдел проверки биографической информации (The Background Check Central Unit) должен получить форму разрешения на проведение проверки биографических данных в течение трех (3) месяцев с даты подписания.
24. Необязательно.

Для получения полной информации по правилам департамента о проверке биографической информации, пожалуйста, см. Раздел 388 (Title 388) на веб-сайте по адресу:

<http://slc.leg.wa.gov/wacbytitle.htm>

После заполнения сотрудники департамента DSHS, учреждения или организации по размещению детей срочно, при первой возможности отправят форму по почте или факсу в Центральный отдел проверки биографической информации:

DSHS Background Check Central Unit

PO Box 45025

Olympia, WA 98504-5025

Тел. 360-902-0299

Факс 360-902-0292